Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 169 plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna

Entidad/Proceso: Ministerio de Salud y Protección Social

Nombre: Christian León Osorio Vanegas Teléfono: 3204742302_Correo electrónico: estrategiaangelesguardianes@gmail.com

Lugar de la reunión: Virtual Plataforma TEAMS
Fecha: 9 de abril del 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 10:20 am

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [1]

1. Apertura del espacio

La reunión inició con la participación de delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, equipo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud, referentes de las Entidades Territoriales de Salud y representantes de EPS vinculadas al proceso de vigilancia materna. El encuentro fue conducido por el **Equipo Nacional de Vigilancia de Salud Materna**, con acompañamiento de Mónica Castro, coordinadora del Grupo de Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención, dio apertura al espacio saludando a los equipos de las entidades territoriales, así como a los actores responsables de la gestión de la atención de gestantes y recién nacidos desde las CPS y las redes de prestación de servicios. Asimismo, presentó al equipo técnico que acompaña el desarrollo del plan, integrado por Marcela Güiza, Lorena Rodríguez, Laura Real, Diana Carolina Pino, Germán Gallego y Claudia Pérez, de la Dirección de Epidemiología y Demografía.

2. Presentación de la agenda
Durante la sesión se abordaron los siguientes puntos:

1. Actualización de la situación de mortalidad materna – Semana epidemiológica 12 de 2026.
2. Webinar académico: reanimación cardiopulmonar en obstetricia: de la teoría a la práctica.
3. Presentación del plan de acción inmediata frente al aumento de casos de mortalidad materna-departamento de Caquetá.
4. Circular 010 de 2026.

3. Desarrollo técnico

Situación nacional de mortalidad materna – SE 12 de 2026

[1] Se podrán incluir las filas que se requieran en cualquiera de los items del documento.

Se dio inicio a la presentación del comportamiento de los nacimientos con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026, a partir de datos preliminares. Se mantiene la tendencia histórica de disminución observada en la serie 2018–2025; no obstante, para 2026 se evidencia un leve incremento en comparación con 2025 (variación aproximada del 3,45 %), aunque los valores continúan por debajo de los registrados en años previos, lo cual incide en el análisis del denominador de la razón de mortalidad materna.

En relación con la morbilidad materna extrema, se observa un incremento sostenido en la notificación de casos desde 2021, alcanzando para 2025 un acumulado preliminar de más de 36.000 casos, con una razón cercana a 83 por 1.000 nacidos vivos. Para 2026, este comportamiento continúa en aumento, con incremento tanto en número de casos como en la razón (aproximadamente 88 por 1.000 nacidos vivos). A pesar de este aumento, el índice de letalidad muestra una tendencia descendente, situándose alrededor de 0,53 en 2025 y manteniéndose bajo en 2026, lo que sugiere una mayor captación de casos y mejor oportunidad en la atención.

El análisis territorial evidencia que cerca del 80 % de las entidades territoriales presentan incremento en la notificación de morbilidad materna extrema. Se destacan aumentos importantes en territorios como Antioquia, Bogotá, Santander, Atlántico, Cundinamarca y Valle del Cauca.

En cuanto al régimen de aseguramiento, la mayor proporción de casos se concentra en el régimen subsidiado (alrededor del 54 %), seguido del contributivo (40 %). Por área de residencia, la mayor carga se presenta en zonas urbanas (81,2 %), seguida de zonas rurales y rurales dispersas.

Por grupos de edad, la morbilidad materna extrema se concentra en mujeres entre 20 y 34 años, especialmente en el grupo de 25 a 29 años; sin embargo, se evidencia un incremento en los extremos de edad (10 a 14 años y 40 años y más). En cuanto a pertenencia étnica, aproximadamente el 5,3 % corresponde a población indígena y cerca del 4 % a población afrodescendiente.

Respecto a las causas, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo continúan siendo la principal causa (alrededor del 65 %), seguidos por complicaciones hemorrágicas (20 %). En cuanto a los criterios de morbilidad materna extrema, el 45,7 % de los casos presenta dos criterios, mientras que cerca del 14 % presenta tres o más.

En relación con la mortalidad materna, se mantiene una tendencia general a la disminución desde 2010, con una reducción más marcada a partir de 2018. Para la semana epidemiológica 12 de 2026, se observa una disminución en comparación con años previos, con 37 muertes maternas acumuladas, lo que representa una reducción frente a 2021 y valores inferiores a los observados en la serie histórica reciente.

El comportamiento semanal muestra estabilidad frente a 2025, con un promedio cercano a 3,2–3,3 casos por semana. No obstante, se identifican incrementos en algunas entidades territoriales que previamente no registraban casos, como Quindío, Cartagena, Santa Marta, Sucre, Magdalena, Bogotá, Antioquia, Cauca y Cundinamarca, lo cual evidencia una mayor dispersión geográfica de los eventos.

Por área de residencia, el 68 % de las muertes maternas se presentan en zonas urbanas, seguido de zonas rurales dispersas. En cuanto a pertenencia étnica, se destaca un incremento en población indígena (alrededor del 21,6 %), lo cual constituye una alerta. Por régimen de aseguramiento, el mayor porcentaje corresponde al régimen subsidiado (60 %), seguido del contributivo (34,3 %) y no asegurados.

Por grupos de edad, se evidencia un incremento en mujeres de 35 a 39 años y de 40 años y más, así como un leve aumento en adolescentes de 15 a 19 años.

Finalmente, en cuanto a las causas de muerte materna, predominan las causas directas (52,4 %), especialmente los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (24,3 %). Las causas indirectas representan cerca del 37,8 %, con incremento en eventos asociados a neumonía y cáncer. Este comportamiento resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia, la calidad del registro de la información y las acciones de prevención, detección temprana y atención integral en todos los niveles del sistema de salud.

Intervención del doctor Germán Augusto Gallego

Inició su intervención realizando un análisis de la situación reciente de la mortalidad materna, señalando un escenario de alerta asociado a la persistencia de casos y al riesgo de incremento durante periodos críticos. Indicó que, para la semana epidemiológica 13 de 2026, se han notificado 3 muertes maternas, para un acumulado de 39 casos, con un promedio semanal cercano a 3 casos. Este comportamiento es similar al observado en el mismo periodo del año anterior (43 casos acumulados y promedio de 3,3 casos por semana), lo cual evidencia que no se ha logrado una reducción sostenida del evento.

En este sentido, enfatizó la importancia de no disminuir la vigilancia, especialmente durante periodos como la Semana Santa, en los cuales históricamente se ha evidenciado un aumento posterior en la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna. Señaló que la reducción de muertes maternas depende del mantenimiento de acciones constantes y específicas de detección temprana y atención oportuna.

Asimismo, destacó que el periodo epidemiológico 3 de 2026 presentó un comportamiento desfavorable dentro de la serie reciente, ubicándose entre los de mayor afectación, mientras que el inicio del periodo 4 muestra una leve mejoría; no obstante, advirtió que estas variaciones pueden corresponder a fluctuaciones propias del evento, por lo cual se requiere seguimiento continuo.

Durante su intervención, resaltó la importancia de analizar el comportamiento territorial, identificando desviaciones en entidades como Bogotá, Caquetá y Cartagena, las cuales requieren monitoreo. No obstante, indicó que el número de semanas analizadas aún es limitado para establecer tendencias definitivas. Por otro lado, se destacaron avances en territorios como La Guajira y Cesar, posiblemente asociados al fortalecimiento de las acciones frente a la sepsis obstétrica.

En relación con las causas, señaló una disminución en la mortalidad asociada a sepsis obstétrica y hemorragia posparto, lo cual sugiere un efecto positivo de las intervenciones implementadas,

incluyendo la identificación temprana, el manejo oportuno del choque y la adopción de medidas preventivas. Sin embargo, se mantiene la alerta frente al comportamiento de la neumonía, en el contexto del aumento de enfermedades respiratorias.

No obstante, advirtió que los trastornos hipertensivos del embarazo continúan representando un reto importante, evidenciando un comportamiento persistente tanto en morbilidad materna extrema como en mortalidad materna. En este contexto, resaltó la necesidad de fortalecer la detección temprana del riesgo, la adherencia a medidas preventivas y la adecuada gestión de medicamentos.

Adicionalmente, enfatizó que muchas de las causas de mortalidad materna se asocian a eventos agudos que generan descompensación rápida, por lo cual es fundamental fortalecer la capacidad de respuesta inmediata del talento humano. En este sentido, destacó la importancia de la reanimación cardiopulmonar en gestantes como una competencia clave, que debe ser implementada adecuadamente teniendo en cuenta las particularidades fisiológicas del embarazo.

Finalmente, resaltó la importancia de fortalecer los procesos de capacitación práctica mediante simulación clínica, como estrategia para mejorar las competencias del talento humano en la atención de emergencias obstétricas y contribuir a la reducción de muertes maternas evitables.

Webinar académico: reanimación cardiopulmonar en obstetricia: de la teoría a la práctica.

Durante el webinar, el Dr. Mauricio Vasco abordó la importancia del cuidado crítico materno, enfatizando que no depende únicamente de unidades de cuidado intensivo, sino de estrategias de cuidado crítico sin paredes, donde la atención oportuna al binomio madre-hijo se pueda brindar en cualquier entorno hospitalario, incluso con recursos limitados. Se destacó la relevancia de identificar tempranamente a las pacientes críticamente enfermas y activar medidas inmediatas de reanimación para mejorar los desenlaces maternos y neonatales.

Se revisaron los elementos centrales de la cadena de supervivencia obstétrica, incluyendo la reanimación cardiopulmonar básica, la terapia eléctrica en ritmos específicos de paro y la disponibilidad de insumos críticos. Se resaltó que las intervenciones en los primeros minutos del paro pueden marcar la diferencia en la recuperación neurológica y la supervivencia materna.

El Dr. Vasco presentó casos de simulación clínica que permitieron al personal practicar la toma de decisiones rápidas, incluyendo histerotomía de resucitación y manejo de emergencias en áreas con recursos limitados. Se enfatizó la necesidad de capacitación continua, equipos de respuesta rápida y el uso sistemático de herramientas como la escala de alerta temprana, para garantizar una atención oportuna y efectiva.

Finalmente, se concluyó que la implementación de cuidados críticos obstétricos basados en estrategias prácticas y accesibles puede mejorar significativamente los resultados maternos y neonatales, reafirmando la importancia de la preparación, coordinación y respuesta inmediata en situaciones de emergencia obstétrica.

Circular 010 de 2026.

Durante la sesión se realizó la socialización de la Circular 010 de 2026, presentada por el Dr. Germán Augusto Gallego y la profesional Lia Marcela Huiza, la cual recoge los avances y discusiones desarrolladas desde el año anterior, particularmente la sesión de octubre, en la que se definieron tres líneas estratégicas: (i) consolidación del seguimiento a la cohorte de gestantes, (ii) implementación del egreso seguro y (iii) fortalecimiento de competencias para la atención de emergencias obstétricas. La circular, emitida el 26 de marzo, tiene como propósito principal formalizar y fortalecer estas líneas, haciendo especial énfasis en el egreso seguro como eje central para la reducción de la mortalidad materna e infantil.

El documento está dirigido a entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud y demás actores del sistema, y se estructura en tres apartados: aspectos generales, orientaciones y directrices específicas. En términos generales, la circular reafirma la vigencia de normativas previas y establece lineamientos complementarios orientados a garantizar la atención integral, continua y sin barreras para gestantes y recién nacidos.

Dentro de las principales orientaciones, se destaca el fortalecimiento de la telemedicina como estrategia para ampliar la cobertura y mejorar la atención en diferentes niveles de complejidad, así como la consolidación de redes funcionales para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. Asimismo, se enfatiza en la implementación de modalidades extramurales en zonas rurales y dispersas, garantizando el cumplimiento de las rutas de atención en salud materna y de la primera infancia.

En relación con el egreso seguro, se establecen criterios clave como la verificación clínica previa al egreso, la evaluación de alternativas como hospitalización domiciliaria, la programación de citas de control, la entrega completa de información en salud y, en el caso de recién nacidos, la afiliación al sistema de seguridad social. Adicionalmente, se refuerza la obligación de garantizar la continuidad del tratamiento, incluyendo la entrega de medicamentos al momento del egreso cuando sea requerido.

Finalmente, se reitera la responsabilidad de todos los actores en el reporte oportuno de información en los sistemas establecidos, así como la eliminación de barreras administrativas para la atención, en cumplimiento de la normatividad vigente. La circular se posiciona como un instrumento que formaliza prácticas ya definidas y orienta su implementación efectiva en el territorio.

Presentación del plan de acción inmediata frente al aumento de casos de mortalidad materna-departamento de Caquetá.

Durante la sesión, la Secretaría de Salud del departamento de Caquetá, a través de la Dra. Mayerly González y su equipo técnico, presentó el plan de acción inmediata frente al aumento de casos de mortalidad materna en el territorio. Se expuso el contexto actual del departamento, destacando la presencia de alertas por casos recientes en estudio, así como las dificultades estructurales relacionadas con la operación de las EPS, la alta rotación administrativa y las limitaciones en los procesos de continuidad y seguimiento en la atención.

El plan tiene como objetivo principal reducir de manera inmediata la mortalidad materna mediante intervenciones intensivas en gestión del riesgo, calidad de la atención y fortalecimiento del control

sobre los actores del sistema, bajo el principio de “tolerancia cero” frente a causas prevenibles. Para ello, se plantean acciones orientadas al seguimiento permanente de la cohorte de gestantes, el análisis en tiempo real de casos de morbilidad materna extrema y la toma de decisiones oportunas a través de salas de análisis de riesgo con periodicidad semanal.

Dentro de las estrategias priorizadas, se destaca el fortalecimiento del control y seguimiento a las EPS, la implementación efectiva del egreso seguro —identificado como una de las principales brechas en el territorio—, y la mejora en los procesos de referencia y contrarreferencia. Asimismo, se incluyen acciones de búsqueda activa de gestantes inasistentes mediante equipos extramurales, actualización de metas de captación y caracterización del riesgo, así como el fortalecimiento de la red de prestación de servicios en zonas rurales y dispersas.

Adicionalmente, se contempla el fortalecimiento de capacidades del talento humano en temas clave como control prenatal, identificación del riesgo obstétrico, manejo de preeclampsia y atención de emergencias obstétricas, teniendo en cuenta la alta rotación del personal en el territorio. Se priorizan intervenciones en municipios con mayor carga de morbilidad materna extrema y se establecen mecanismos de seguimiento y verificación periódica a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Finalmente, se resalta la necesidad de articulación interinstitucional y el compromiso de los diferentes actores del sistema, incluyendo EPS, IPS y entidades territoriales, para garantizar la implementación efectiva del plan. Desde el nivel nacional se enfatiza la importancia de la gobernanza, el seguimiento continuo y la implementación de acciones concretas más allá del cumplimiento normativo, orientadas a salvaguardar la vida de las gestantes en el territorio.

C. Síntesis del encuentro.

La sesión permitió analizar de manera integral la situación actual de la mortalidad materna en el país, evidenciando avances en la reducción de la letalidad, pero con persistencia de retos asociados al incremento de la morbilidad materna extrema, la dispersión territorial de los casos y el comportamiento de causas prevenibles, especialmente los trastornos hipertensivos del embarazo.

Se resaltó la importancia de fortalecer la detección temprana del riesgo, la capacidad de respuesta del talento humano ante emergencias obstétricas y la implementación de estrategias prácticas como la reanimación cardiopulmonar en gestantes, así como el uso de herramientas de seguimiento clínico. En este contexto, la Circular 010 de 2026 se posiciona como un instrumento clave para orientar acciones prioritarias, particularmente en relación con el egreso seguro, la atención sin barreras y el fortalecimiento de redes de atención.

Asimismo, la presentación del plan de acción del departamento de Caquetá evidenció la necesidad de intervenciones intensivas, articuladas y sostenidas, enfocadas en la gestión del riesgo, el seguimiento de cohortes de gestantes y el fortalecimiento de capacidades institucionales, en un contexto marcado por desafíos en la operación del aseguramiento.

De manera transversal, se enfatizó que la reducción de la mortalidad materna requiere no solo del cumplimiento normativo, sino de una gobernanza efectiva, basada en el trabajo articulado entre los

actores del sistema, el seguimiento continuo y la implementación de acciones concretas orientadas a garantizar la atención oportuna y de calidad, con el objetivo fundamental de salvaguardar la vida de las gestantes.

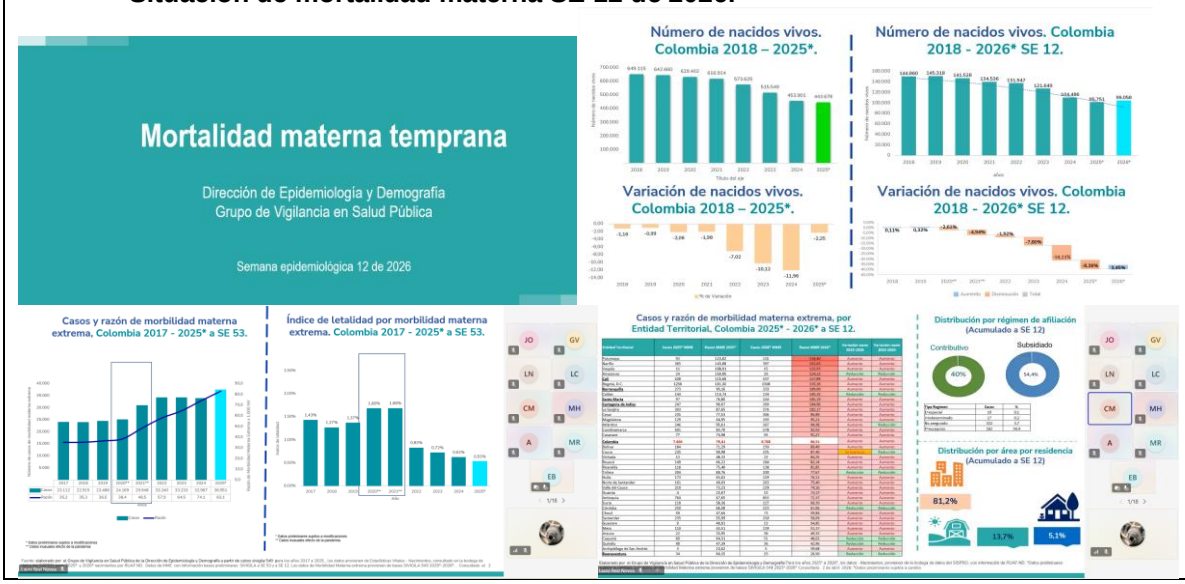
Se cierra la sesión a las 10: 20 de la mañana.

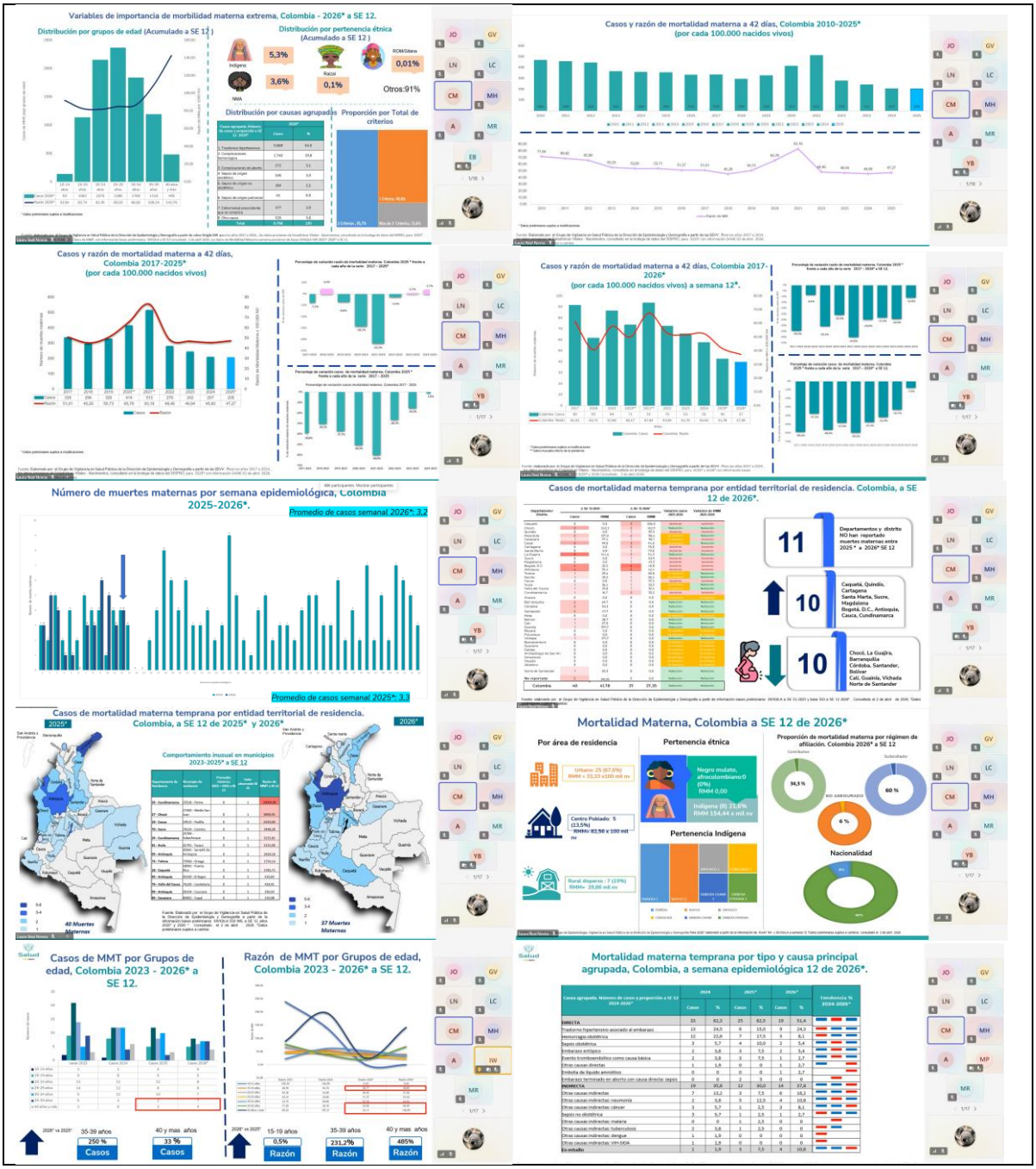
Anexos

- **Agenda**



- **Situación de mortalidad materna SE 12 de 2026.**




Variables de importancia de morbilidad materna extrema, Colombia - 2026* a SE 12.
Distribución por grupos de edad (Acumulado a SE 12)
Distribución por pertenencia étnica (Acumulado a SE 12)
Distribución por causas agrupadas
Proporción por Total de criterios
Casos y razón de mortalidad materna a 42 días, Colombia 2010-2025*
(por cada 100.000 nacidos vivos)
Casos y razón de mortalidad materna a 42 días, Colombia 2017-2025*
(por cada 100.000 nacidos vivos)
Casos y razón de mortalidad materna a 42 días, Colombia 2017-2026*
(por cada 100.000 nacidos vivos) a semana 12*.
Número de muertes maternas por semana epidemiológica, Colombia 2025-2026*.
Promedio de casos semanal 2026*: 3,2
Promedio de casos semanal 2025*: 3,3
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 12 de 2026*.
11
Departamentos y distrito NO han reportado muertes maternas entre 2025 * a 2026* SE 12
10
Caquetá, Quindío, Cartagena Santa Marta, Sucre, Magdalena Bogotá, D.C., Antioquia, Cauca, Cundinamarca
10
Chocó, La Guajira, Barranquilla Córdoba, Santander, Bolívar Cali, Guainía, Vichada Norte de Santander
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 12 de 2025* y 2026*
2025*
2026*
Comportamiento inusual en municipios 2023-2025* a SE 12
40 Muertes Maternas
37 Muertes Maternas
Mortalidad Materna, Colombia a SE 12 de 2026*
Por área de residencia
Pertenencia étnica
Pertenencia Indígena
Proporción de mortalidad materna por régimen de afiliación. Colombia 2026* a SE 12
Nacionalidad
Casos de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 12.
Razón de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 12.
35-39 años
250 % Casos
40 y mas años
33 % Casos
15-19 años
0,5% Razón
35-39 años
231,2% Razón
40 y mas años
485% Razón
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2026*.



Webinar académico: reanimación cardiopulmonar en obstetricia: de la teoría a la práctica.


Reconocimiento y activación de emergencia
RCP de alta calidad
Desfibrilación
Reanimación avanzada
Atención posparo cardíaco
Recuperación y supervivencia
Lugar fácil acceso
Listado de contenido
Empaque único con organización según orden de utilización en la emergencia
Instrumental variables según
Bisturí
Lo mas importante
KIT
HISTEROTOMÍA DE RESUCITACIÓN
Salud
PAREMM
HOSPITAL PADRINO
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Sistemas de Alerta Temprana modificados para obstetricia
BMC Pregnancy and Childbirth (2022) 22:159
Effect of maternal positioning during cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analyses
POSICIÓN C-A-B
30 COMPRESIONES
2 VENTILACIONES
POR 5 CICLOS
EQUIVALE A 2 MINUTOS
RITMOS DE PARO
C
A
B
Responde?
Activar SME
Respira?
Pulso?
TV FV
DESFIBRILACIÓN TEMPRANA
AESP/ASISTOLIA
RCP y ADRENALINA
Anesth Analg 2014;118:1003-16.
SPECIAL ARTICLE
The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement on the Management of Cardiac Arrest in Pregnancy
A Anesthetic complications (high block, loss of airway, aspiration, respiratory depression, hypotension, local anesthetic toxicity)
B Bleeding* (coagulopathy, uterine atony, placenta accreta, placental abruption, placenta previa, uterine rupture, trauma, surgical, transfusion reaction)
C Cardiovascular causes (cardiomyopathy, myocardial infarction, aortic dissection, arrhythmias)
D Drugs (anaphylaxis, illicit, drug error, magnesium, narcotic, insulin, oxytocin overdose)
E Embolic (pulmonary embolus, amniotic fluid [AFE], air)
F Fever* (infection, sepsis)
G General non-obstetric causes of cardiac arrest (H's and T's)†
H Hypertension* (preeclampsia/eclampsia/HELLP, intracranial bleed)
Table 13 – Potentially reversible causes of cardiac arrest in obstetric patients: 4Hs,4Ts,4Ps.
Potentially reversible causes in pregnancy
Obstetric-specific considerations
Hypoxia
- high risk of aspiration
- high risk of difficult airway
- reduced lung capacity
- higher oxygen demand
Hypovolaemia
- aortocaval compression
- haemorrhage (e.g., ectopic pregnancy and other preg nancy-related causes below, DIC)
- distributive (e.g., high regio nal block, anaphylaxis)
Hypo-/hyperkalaemia, other electrolyte disorders
- also consider magnesium levels
Hypo-/hyperthermia
Thrombosis (coronary and pulmonary)
- high risk for pulmonary embolism
- myocardial infarction
- coronary and aortic dissection
- (amniotic fluid embolism)
Tamponade (cardiac)
Tension pneumothorax
- nitrous oxide in pre-existing pneumothorax
Toxic agents (poisoning)
- local anaesthetic and other perioperative drugs
4P's
Pre-eclampsia and eclampsia
- Follow guidelines
- Consider pulmonary oedema
- Magnesium overdose may cause cardiac arrest
Puerperal sepsis
- take blood cultures and give early broad-spectrum antibiotics
- Chorioamnionitis, retained products, endometritis,
- Surgical site infection
Placental and uterine complications
- Placental abruption, placenta praevia, placenta accreta, uterine atony, uterine rupture, uterine inversion, amniotic fluid embolism)
Peripartum cardiomyopathy
- Treat as acute heart failure.
- Early echocardiography
- Consult cardiology experts
European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation.
Resuscitation. 2025 Oct;215 Suppl 1:110753





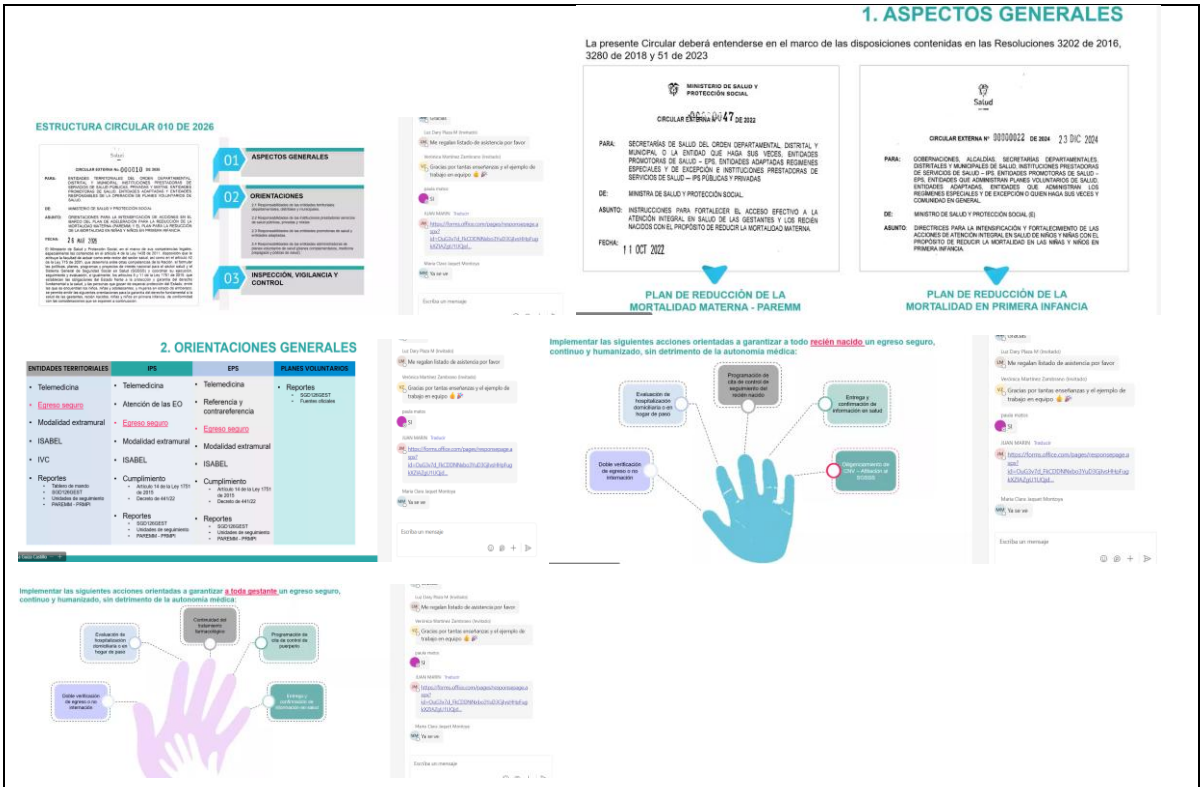
Circular 010 de 2026.



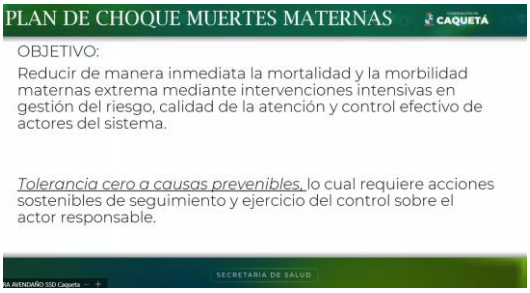




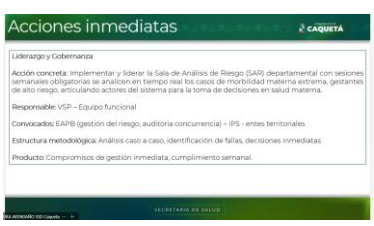


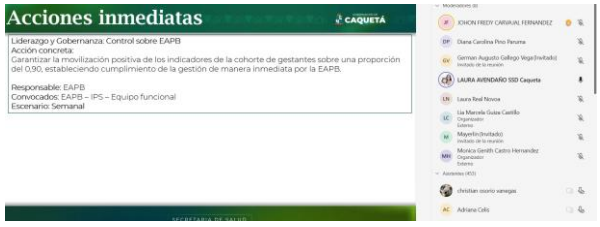


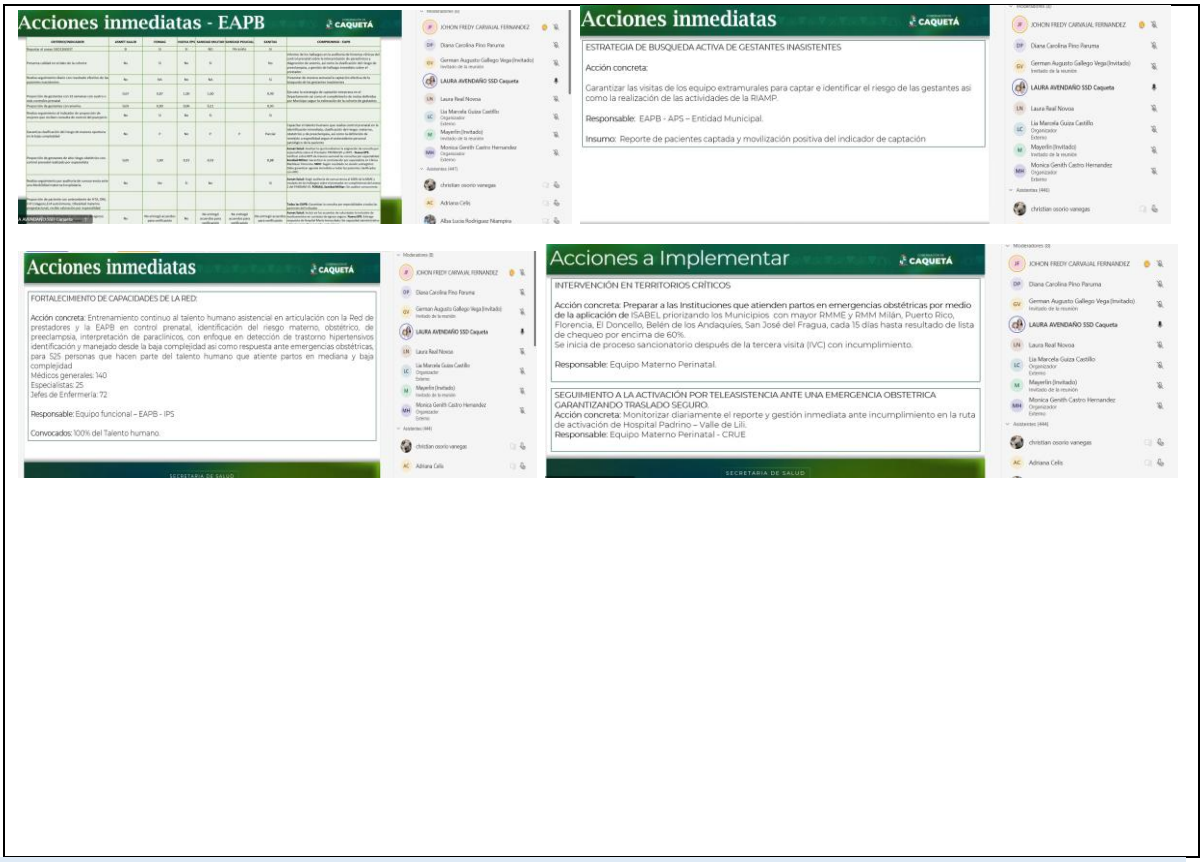
Presentación del plan de acción inmediata frente al aumento de casos de mortalidad materna-departamento de Caquetá.









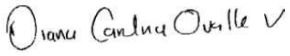
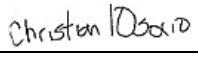


COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Próxima semana se harán seguimientos a las eps de caqueta.	Ministerio de Salud	Dentro de 8 dias.
Proxima sesión administrativa (Temas pendientes Isabel y eps caqueta).	Ministerio de Salud	Dentro de 8 dias.
Próxima sesión dentro de 15 días webinar académico.	Ministerio de salud	Dentro de 15 Días .
Mantener el seguimiento continuo a los indicadores y eventos analizados, garantizando la adopción de acciones que fortalezcan la vigilancia, permitan identificar oportunamente los riesgos y contribuyan a la reducción	Ministerio de Salud	Permanente

sostenida de la mortalidad materna en el territorio.		

DATOS DEL ASISTENTE (s) A LA REUNIÓN (como representante de la SDS)

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA/ PROCESO	FIRMA
Jineth Ramírez Aguilera	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Giovanna Parra	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Ovalle	Líder Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Franco	Profesional Especializado -	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	
Christian Osorio	Psicólogo Estrategia AG	VSP SSO	
Melissa Sierra	Profesional Especializado - ginecóloga	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	